



## Ficha de Inscrição

Dados a preencher na Candidatura do Cliente

N.º da Inscrição:

**RESPOSTA SOCIAL PRETENDIDA:**

CENTRO DE DIA

SAD

### 1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE

Nome Completo:

Nome a ser Tratado:

Data de Nascimento:

Data de Comemoração

Idade:

Morada:

Código Postal:

Telefone de Casa:

B.I. Nº:/ C.C

Telemóvel:

Nº Contribuinte:

E-mail:

Beneficiário S.S. Nº:

SNS:

### 2. MOTIVO DO PEDIDO

Resposta solicitada:

Temporária

Permanente

**Fundamentação:**

### 3. BREVE CARATERIZAÇÃO INDIVIDUAL E FAMILIAR DO CLIENTE

Nome	Idade	Parentesco	Vive com o cliente		Meio de vida principal <sup>1</sup>	Rendimento Anual <sup>2</sup>
			Sim	Não		
		A próprio/a			Pensão de velhice	

(1) Reforma; Pensão Social; Pensão Mínima; outro.

(2) Campos a preencher com dados do Cliente e familiares que compõem o agregado familiar.

Total: \_\_\_\_\_

#### É sócio/a desta Instituição?

Sim  Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

Não  \_\_\_\_\_

### 4. SITUAÇÃO ECONÓMICA DO AGREGADO

Despesas Mensais	
Medicação	
Renda da Casa/ Empréstimo à habitação	
Transportes Públicos	
<b>Total:</b>	

### 5. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E CONTACTOS DA (S) PESSOA (S) PRÓXIMA (S) DO CLIENTE<sup>1</sup>

Nome: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Parentesco/Relação: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Tlf/ Tlm:

Ocupação:

## 6. REDE SOCIAL E SUPORTE

O candidato necessita de suporte para satisfazer e/ou desenvolver atividades quotidianas?  
(assinale com uma x)

Sim

Não

Identifique o suporte familiar existente do candidato no momento da inscrição  
(assinale com uma x)

Diário e permanente

Diário pontual

Pontual

Inexistente

Se não se enquadra em nenhuma destas situações por favor especifique melhor a situação familiar do candidato:

Classifique a rede de vizinhança do utente no momento da inscrição  
(assinale com uma x)

Boa rede de vizinhança (interajuda, etc)

Rede de vizinhança (Cordialidade entre vizinhos)

Inexistente

O Cliente usufrui dos serviços de outra resposta social desta Instituição:  
(assinale com uma x)

Centro de Dia

Apoio Domiciliário

Centro de Convívio

## 7. DEPENDÊNCIA DO CLIENTE

Grau de dependência global do cliente:  
(assinale com uma x)

Autónomo não necessita de apoio

Necessita de pequenos apoios na vida quotidiana

Necessita de apoio na higiene pessoal e tarefas da vida quotidiana

Totalmente dependente para a satisfação das necessidades básicas (alimentação, higiene, etc.)



Deficiência:  
(assinale com uma x)

Mental

Visual

Motora

Auditiva

## 8. ESTADO DE SAÚDE DO CLIENTE

(assinale com uma x)	Sim	Não
Tem dificuldades de audição?		
Tem dificuldades de visão?		
Utiliza cadeira de rodas?		
Utiliza bengala/ andarilho?		
Está autónomo?		
Está acamado?		
Sofre de Doença mental?		
Sofre de Doença contagiosa?		

**Diagnóstico/problemas de Saúde:**

**ASSINATURAS**

Cliente ou Representante:

Data:

 /  / 

Estabelecimento:

Data:

 /  /